



Charlie Crist
Governor

Ana M. Viamonte Ros, M.D., M.B.A.
Secretary, Department of Health

DeSoto County Department of Health

Mary Kay Burns, B.S.N., M.B.A.
Administrator

34 South Baldwin Avenue
Arcadia, Florida 34266

AUTORIZACION PARA DAR TRATAMIENTO A PERSONAS MENORES

A QUIEN PUEDA INTERESAR: Yo, la persona firmada abajo, como padre o guardian legal de:

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____

autorizo a la siguiente persona para que den consentimiento para dar tratamiento medico incluyendo, pero no limitado a, arreglos y consultas medicas, evaluaciones, tratamientos incluyendo medicamentos y/o administracion de vacunas, para el menor mencionado arriba.

Nombre _____ Telefono _____

Direccion _____

Relacion con el menor _____

Esta autorizacion sera valida hasta seis meses de la fecha abajo senalada

Firmado este dia _____ de _____, 20_____

Padre/Guardian _____

Testigo _____

STATE OF FLORIDA/DESOTO COUNTY

Ante mi, notario publico, comparecen el padre o guardian legal, quienes han sido adecuadamente identificados, firmaron esta autorizacion en mi presencia este dia _____ de _____, 20_____.

Notario Publico _____

Mi commission expira _____